41

Synthèse critique

Les services sociaux en milieu hospitalier

Jocelyn Lindsay,
Chantal Perrault

COMMISSION D'ENQUÊTE
SUR LES SERVICES DE SANTÉ
ET LES SERVICES SOCIAUX

Québec

41

Synthèse
critique

Les services sociaux en milieu hospitalier

Jocelyn Lindsay,
Chantal Perrault

Ce document a été préparé dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux qui en a autorisé la publication, sur recommandation de son comité scientifique. Les idées qui y sont exprimées ne traduisent pas nécessairement celles de la Commission. Le contenu et la forme - présentation, correction de la langue - relèvent de la seule et entière responsabilité des auteurs et auteures.

Cette publication a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec G1N 4K7

Conception graphique de la couverture:
Verge, Lebel associés inc.

(C) Gouvernement du Québec

Dépôt légal - 4e trimestre 1987
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08487-3

LES SERVICES SOCIAUX
EN MILIEU HOSPITALIER

Synthèse critique de l'état des connaissances
présentée à la Commission d'Enquête
sur les Services de Santé et les Services Sociaux

Jocelyn Lindsay
Ecole de service social
Université Laval

Chantal Perrault
Département de santé communautaire
Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 2

LE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE: BREVE REVUE DE LA LITTERATURE 5

- Développement et définition du service social en milieu de santé

- L'environnement communautaire et organisationnel

- Les services sociaux en milieu de santé comme structure

- Le service social en milieu de santé comme pratique

- Vers quoi évolue le service social en milieu de santé ?

LA PRATIQUE DU SERVICE SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER AU QUEBEC 26

- Impact de la maladie ou de la détérioration de l'état de santé

- Impact de l'organisation des soins hospitaliers: les séquelles psychosociales iatrogéniques

- Les conditions de la pratique du service social en milieu hospitalier au Québec

ENONCE DE CERTAINS ENJEUX 37

REFERENCES 42

INTRODUCTION

Ne serait-ce que par leur situation à l'interface des services de santé et des services sociaux, dont la complémentarité reste un objectif important, les services sociaux en milieu hospitalier méritent une attention particulière. Mais plusieurs autres facteurs nous incitent à cerner la réalité actuelle de ces services. Ainsi, la Loi sur les services de santé et les services sociaux, en 1971, instituait un réseau intégré d'établissements, dont une conséquence a été le rattachement des services sociaux hospitaliers aux nouveaux centres de services sociaux; ainsi était donc créée au Québec une situation qui lui est spécifique. Aussi, en regardant cette question sous l'angle professionnel, il semble que plus de 25% des travailleurs sociaux dûment membres de leur Corporation oeuvrent dans le champ de la santé. Enfin, depuis les quinze dernières années, les mutations des populations desservies, le développement des soins et des traitements, l'avènement d'une médecine plus sociale ont influencé les services sociaux en milieu hospitalier et les pratiques qui s'y font.

Sans doute est-il indispensable d'indiquer ici les limites inhérentes à un tel travail tant dans l'ampleur du traitement du sujet que dans la façon de l'aborder. Ce travail ne constitue pas une évaluation objective du champ couvert, mais l'expression "synthèse critique" recouvre davantage ici une description de l'état des connaissances et un regard sur les réalités de la pratique. De la même façon, il nous apparaît que les services sociaux en milieu hospitalier recouvrent des différences auxquelles il aurait été difficile d'accorder ici une attention soutenue: services en milieu urbain ou rural, soins aigus ou prolongés, services directs et indirects, répartition selon les âges, services sociaux médicaux ou psychiatriques, etc.

Dans une première partie, fondée sur l'analyse de la littérature pertinente, nous avons exploré le service social en milieu de santé, ici délimité sous cinq angles: le développement et la définition du service

social en milieu de santé, l'environnement communautaire et organisationnel, la structure du service social en milieu de santé, la pratique et les pistes d'évolution.

La seconde partie, plus concrète et inspirée d'entrevues sur le terrain, examine la pratique du service social en milieu hospitalier au Québec. Trois aspects sont ici explorés: l'impact de la maladie ou de la détérioration de l'état de santé , l'impact de l'organisation des soins hospitaliers et les conditions de la pratique du service social en milieu hospitalier au Québec.

Enfin, les deux parties qui précèdent nous incitent à faire ressortir certains enjeux dominants sur le thème que nous avons abordé.

LE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE:

BREVE REVUE DE LA LITTERATURE

DEVELOPPEMENT ET DÉFINITION DU SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE

Dans le dernier énoncé de ses normes et standards, la National Association of Social Workers énonçait ainsi en 1981 son point de vue:

"Le travail social devrait faire partie intégrante de chaque organisation de soins; il devrait être accessible à des individus, à des familles et à leurs proches; à des groupes spéciaux de la population; à des communautés; dans des programmes spécifiques orientés vers la santé et dans les systèmes de formation du personnel. Afin de fournir des soins globaux et continus, le service social doit mettre l'accent sur les éléments suivants:

- promouvoir et maintenir le bien-être physique et psychologique;
- s'assurer qu'à court comme à long terme, la clientèle tire un bénéfice maximal des ressources;
- prévenir la maladie physique et mentale;
- développer le fonctionnement physique et psycho-social, en insistant sur l'impact social et émotif de l'état de maladie et d'invalidité" (Hubschman, 1983, p. 10).

Le travail social s'intéresse à la relation entre les facteurs sociaux et la maladie: de fait, la maladie, la culture, les soins de santé, l'environnement et le service social sont interreliés. D'abord, la maladie peut avoir des effets à long terme et elle est une expérience significative dans la vie d'une personne; les personnes sont membres d'une société; elles se relient à d'autres personnes et elles ont des responsabilités dans les structures sociales dans lesquelles elles agissent. Quand les individus sont malades, ils ne sont pas séparés de ces réalités. Aussi, les difficultés sociales et émotives ne doivent pas être vues comme des résultats de la maladie, mais comme des causes qui contribuent dans le cours de la maladie.

Caputi (1978) schématise ainsi les phases de développement du service social en milieu de santé: de 1900 à 1920, il s'est plutôt agi d'une fonction d'assistance face aux professionnels de la santé, notamment les médecins; de 1920 à 1960, les travailleurs sociaux se sont concentrés sur les modes d'activité clinique, non pas sur l'action sociale; les rôles dans l'équipe multidisciplinaire et la fonction d'"advocacy" ou de défense des droits du client se sont surtout développés entre 1960 et 1975. Enfin, Caputi ajoute que les travailleurs sociaux ont développé plus de capacités d'action dans l'organisation depuis 1975, soit dans des rôles de consultant et de chercheur. Selon elle, le service social en milieu de santé a ainsi développé plus d'autonomie et est maintenant capable de contributions originales.

Pour Bracht (1978a, p.23), le service social en milieu de santé s'appuie sur les prémisses suivantes qui rendent possible son développement:

1. Les conditions sociales, culturelles et économiques ont un effet significatif et mesurable sur l'état de santé, la prévention de la maladie et la guérison;
2. Les comportements liés à la maladie attaquent l'équilibre personnel et familial, tout comme les capacités d'adaptation. En ce sens, l'institutionalisation peut empirer la condition des personnes.
3. Le traitement médical seul est souvent incomplet ou impossible à donner sans support social ou service de consultation.
4. L'accès aux soins et leur utilisation appropriée demandent souvent une action concertée au plan de la communauté et de l'institution.
5. Le travail multidisciplinaire est une façon appropriée d'aborder des problèmes complexes, au plan individuel et social.

Cette façon de voir laisse aussi ressortir quel type de modèle va soutenir l'action du service social en milieu de santé. Tant dans l'intervention directe auprès de clients que dans le travail sur les systèmes organisationnel et communautaire (Jansson et Simmons, 1985; Germain, 1980), on sent l'influence grandissante du modèle écologique dans lequel le travailleur social a une responsabilité duelle, soit d'augmenter le potentiel adaptatif de l'individu et l'apport de l'environnement; il a donc besoin d'intervenir avec le client, la famille, l'environnement (incluant le système de soins) et sur les transactions entre ceux-ci. Dans le présent texte, cette façon de voir nous invite à voir successivement l'environnement communautaire et organisationnel, le service social comme système de distribution de soins et le service social comme pratique professionnelle.

Pour Watt (1985), les travailleurs sociaux sont des "membres d'une équipe de professionnels qui travaillent avec les individus, les familles et les communautés pour rectifier les effets de la maladie, des blessures et des handicaps et pour promouvoir des environnements et des comportements qui supportent la santé " (p.166). La présence de travailleurs sociaux devient importante compte tenu 1) de l'impact de la maladie sur l'individu et sur sa situation sociale, 2) de l'impact des soins eux-mêmes et du fait d'être placé dans le rôle du patient, 3) des différences entre les perceptions de la personne soignée et les attentes de l'institution, et 4) de la distance entre les besoins exprimés et les ressources disponibles.

Au Québec, voici un exemple de la définition du rôle des services sociaux hospitaliers: "Le but poursuivi (...) est le maintien ou le rétablissement d'un équilibre dynamique entre la personne ayant besoin de soins hospitaliers et ses divers milieux environnants et significatifs (...). La poursuite de ce but implique des interventions en vue de provoquer une mobilisation de la personne elle-même et des différents éléments de son environnement" (Michaud, 1980, p.17).

Au plan historique, Taylor-Rossinger (1985) a montré que le service social a pris place dans les hôpitaux au Québec depuis les années 1910 en milieu anglophone et depuis 1935 en milieu francophone. C'est cependant vers les années 1945-1950 que ces services ont connu un essor tel qu'ils ont été implantés dans un ensemble d'hôpitaux au Québec.

L'ENVIRONNEMENT COMMUNAUTAIRE ET ORGANISATIONNEL

L'objectif de la présente partie n'est pas d'identifier tous les facteurs qui influencent le rôle et le statut du service social comme structure et comme pratique, mais d'en décrire quelques-uns qui marquent présentement des variations importantes et qui sont donc porteurs de changement.

Ainsi, un peu à cause de la montée des coûts, il y a des changements idéologiques qui ont pris place et qui peuvent ultimement influencer la distribution de certains services. A ce titre, le changement le plus fondamental est l'idée que le maintien de la santé et la prévention de la maladie devraient d'abord être la responsabilité de l'individu (Kulys et Meyer, 1985). Plusieurs décisions concernant l'argent à dépenser et sa répartition (prévention, soins aigus, soins prolongés, recherche) vont dépendre de l'importance prise par cette perspective.

Aussi, l'expansion des services médicaux (en quantité et en diversité) a amené une montée des coûts beaucoup plus accélérée que celle de l'économie. Devant cette expansion, plusieurs efforts sont tentés pour infléchir la courbe de croissance (Rehr, 1984). Aussi, Reamer (1985) s'interroge sur l'impact de l'introduction d'un système de financement comme le Diagnosis Related Groups (politique de paiement prospectif fondé sur la croyance d'un coût réel des soins pour les maladies spécifiques, coût devant être semblable d'un établissement à l'autre).

Ce dernier facteur a une influence directe pour la politique d'accessibilité aux soins. Aux Etats-Unis, depuis 1966, les programmes Médicaid et Medicoid ont favorisé l'accès aux soins pour les pauvres et les personnes âgées, mais la crise économique a remis des choses en question pour les clientèles souvent dévolues aux services sociaux.

Les pratiques organisationnelles sont également en mutation et on voit aussi apparaître ou s'étendre des services de soins prolongés,

de soins à domicile ou en clinique externe.

Plusieurs questions se posent aussi au plan professionnel. Il est possible qu'on en arrive à des disproportions dans le nombre de personnes formées (par exemple dans la quantité de médecins), et cela peut entraîner des tensions dans les rôles professionnels. Egalement, le nombre de personnes formées ne règle pas la question de la mauvaise distribution des ressources, au plan géographique comme en tenant compte des indices socio-économiques (Miller, 1983).

Egalement, on note actuellement un questionnement important au plan de l'éthique. Le droit à l'avortement, le droit à une mort décente, la sélection des bénéficiaires pour les transplantations sont quelques-unes des questions qui entrainent de sérieux débats au plan des pratiques et de l'organisation des services. En liaison à ce point, Germain (1984, p. 32) note que des mécanismes de régulation et d'accréditation se sont développés et étendus dans les dernières années, tant au plan des professions que des organismes: il en résulte normalement une influence sur la nature des programmes et sur les formes de pratique.

On peut aussi se demander quelle influence auront plusieurs des réseaux ou groupes d'intérêt: groupes d'auto-santé, groupes d'entraide, groupe de femmes, groupes de revendication liés à la santé mentale. (Rehr, 1985; Germain, 1984).

Pour terminer cette trop courte énumération, il faut évidemment mentionner l'évolution démographique incluant le vieillissement de la population, et l'expansion rapide des connaissances et des technologies médicales, dont une des conséquences est la croissance d'une clientèle requérant des soins prolongés.

Ce que nous avons voulu faire ressortir ici, c'est que ces facteurs et leur interaction ont des répercussions importantes sur les ressources disponibles en service social, sur les relations interprofessionnelles, sur les pratiques concrètes comme sur les structures.

Au Canada comme au Québec, on peut aussi constater des changements importants dans l'environnement communautaire et organisationnel. Selon Watt (1986), le praticien fait face à une population croissante de personnes ayant besoin de soins médicaux: personnes âgées, malades chroniques, travailleurs sévèrement mutilés, enfants handicapés dès la naissance. Le praticien, selon elle, se doit de comprendre les implications de la maladie et du handicap dans une société qui favorise l'autosuffisance et l'indépendance financière.

Dans un document sur le rôle et les fonctions des services sociaux hospitaliers à l'égard de la clientèle psychiatrique adulte, Tessier (1983, pp.9-13) mentionne que toutes les données connues vont dans le sens de démontrer une augmentation de la chronicité dans la communauté depuis le début des années 1960 et d'indiquer pour l'avenir une demande de services encore plus accentuée. Cela vaut tant en regardant les catégories d'âge, le type de diagnostic psychiatrique ou certaines catégories particulières de clientèles comme les déficients mentaux ou les itinérants.

LES SERVICES SOCIAUX EN MILIEU DE SANTÉ COMME STRUCTURE

Dans le cadre du présent document, il est évidemment impossible d'approfondir tous les éléments que devrait comprendre la présente partie. Tout au moins allons-nous esquisser quelques dimensions importantes qui nous permettront ultérieurement d'examiner la situation au Québec.

Un premier aspect touche le personnel. Miller et Rehr (1983, p. 1) soutiennent qu'il y a 45,000 travailleurs sociaux rattachés au champ de la santé physique ou mentale aux Etats-Unis et ce, dans différents types d'organismes. Même si des nuances et des précisions devraient être apportées, ce nombre est imposant si l'on considère qu'au même moment, le membership de la National Association of Social Workers est de 85,000, dont 8 à 10% sont en pratique privée. Dans une étude des services sociaux hospitaliers, Coulton et al (1979) estiment à 56% la proportion de diplômés avec maîtrise et à 24% la proportion de bacheliers en service social, l'autre 20% étant réparti entre divers niveaux et natures de formation. Taggart (1982), pour sa part, soutient que les bacheliers sont présentement sous-utilisés mais qu'il faudra améliorer leur formation face au champ de la santé et penser à des niveaux différenciés dans les tâches.

Les départements de service social, comme unités, varient aussi en ampleur: l'étude de Coulton et al (1979) montre que 45% des travailleurs sociaux interrogés provenaient de départements de 20 intervenants ou plus; Lurie (1984) a abordé la question des ratios personnel/patients, mais il mentionne bien que tout jeu sur les nombres est sujet à des risques.

La place du service social dans l'hôpital est aussi sujette a beaucoup de variations. L'American Hospital Association (1982) suggère que la structure hospitalière doit être assez flexible pour s'adapter selon sa grandeur, ses ressources et ses besoins en ce qui concerne les services sociaux: aussi retrouve-t-on de grands comme de petits départements, tout comme des ententes avec des agences sociales; ces dernières constituent, dans leurs termes, un gros pas en avant pour l'hôpital qui n'a jamais eu de programme de service social, un point de départ réaliste qui

peut mener à l'existence d'un département autonome. Il est intéressant de noter à ce propos l'observation de Ritvo, dans son étude internationale sur les liens entre les services sociaux et de santé: "La théorie et la pratique de la liaison des services sociaux et de santé débutent à la jonction des deux systèmes: la personne en état de besoin. Les façons d'après lesquelles la communauté internationale compose avec cette question aident à comprendre les différences. Les programmes gouvernementaux, les idéologies professionnelles, les intérêts politiques, les arrangements financiers et les structures sociales varient pour chaque pays décrit dans cette anthologie. Les similitudes sont aussi frappantes que les particularités de chaque effort national" (Ritvo, 1982, p. 279).

Deux points méritent ici d'être mentionnés dans les rapports entre le service social et la structure hospitalière. Ainsi, Jansson et Simmons (1985) se sont intéressés aux facteurs organisationnels qui favorisent ou non le développement des départements de service social. Pour eux, les départements ont plus de chance de croître si les objectifs institutionnels supportent concrètement les services cliniques, préventifs et orientés vers la communauté; s'ils favorisent l'innovation; s'ils mettent l'accent sur des programmes et des services financés par l'hôpital; s'ils perçoivent le service social comme pertinent aux problèmes pratiques de l'hôpital. Dans une revue de la littérature, Kislowick et Aronson (1980) mettent en évidence les forces compétitives de l'organisme qui requiert une conformité à ses buts et de la profession qui demande un engagement à ses valeurs; elles soulignent qu'un thème qui revient souvent est celui du service social comme une profession sans pouvoir, qui fournit un service secondaire dans un système hiérarchique dominé par la profession médicale.

McKinney et Young (1985) rappellent que le système de distribution des services sociaux se modifie avec le changement des populations à desservir. Elles citent notamment à ce propos, aux Etats-Unis, le vieillissement de la population, la diminution de la population urbaine à cause des changements dans l'économie, et la montée de groupes à besoins spécifiques

(immigrants illégaux, groupes ethniques, familles à parent unique). Rehr (1983) mentionne aussi que le client est de plus en plus un consommateur organisé, renseigné, qui participe activement, qui veut en avoir pour son argent et qui défend ses droits.

Traditionnellement, les départements de service social ont toujours collaboré avec les milieux de formation: enseignement théorique par le personnel, stages pratiques, opportunités de recherche. Caroff et Mailick (1985) notent qu'il y a beaucoup de contraintes institutionnelles qui rendent difficile la collaboration dans l'éducation professionnelle. Dans leur étude qui portait notamment sur les cours dispensés sur le champ santé dans les écoles de service social, au niveau gradué, il y a 93% des écoles qui offrent des cours relatifs à ce champ et plus de 60% ont un ensemble de cours organisé sur ce thème. Elles font aussi remarquer l'insuffisance des ressources professorales assignées à ces cours, compte tenu de la proportion d'étudiants qui s'y intéressent.

L'American Hospital Association (1982) rappelle que la qualité et la pertinence des services sociaux doit être régulièrement analysée, évaluée et assurée par l'établissement de mécanismes de contrôle de la qualité. Cela suppose un système d'information uniforme, un système organisé de dossiers et une procédure d'accréditation du département par les pairs. Ces éléments rendent possible l'évaluation du programme et du personnel.

En ce qui concerne les coûts d'un département de service social, Haber-Scharf (1985) fait remarquer que contrairement aux services famille-enfance où les analyses de coût et de temps se sont développées, les services sociaux hospitaliers ont tardé à s'engager dans cette voie et s'ils l'ont fait, c'est plutôt en fonction du remboursement de services directs à la clientèle en excluant les autres fonctions du service social en milieu hospitalier. D'autres, comme Schreiber (1981),ont une perspective plus agressive et croient que les départements de service social doivent redéfinir leur rôle en fonction des programmes de resserrement des coûts. Ainsi, elle croit que la fonction principale des départements de service

social devrait être la planification de la sortie des patients, ce qui serait financièrement significatif dans le contexte de restrictions budgétaires.

En regardant cet aspect de la structure des services sociaux en milieu de santé, force est de constater les particularités du Québec à cet égard. Ainsi, à partir de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, les C.S.S. ont eu une mission précise quant à la distribution des services sociaux en contexte hospitalier. Comme le mentionne Robichaud (1985),"l'hôpital est considéré comme un milieu stratégique d'intervention pour les services sociaux. (...) Les services ainsi dispensés en complémentarité avec ceux des hôpitaux ont un impact accru"(p.38). Evidemment, une telle structuration des services ne va pas sans heurts: "L'intégration des S.S.H. aux centres de services sociaux n'a pas procuré les bénéfices attendus en termes de décloisonnement, de coordination et d'accessibilité pour les bénéficiaires. De même, la répartition des effectifs se fait attendre et il y a de moins en moins d'effectifs à repartir". (Rivard-Leduc, p.94).

Au plan des structures mises en place au Québec, il nous semble que le partage des missions et des ressources entre les centres de services sociaux et les centres locaux de services communautaires a aussi fait en sorte que les services sociaux en milieu hospitalier se sont davantage concentrés sur des activités de traitement et de réadaptation, si l'on compare à d'autres provinces ou à d'autres pays.

Enfin, dans la présente analyse appliquée au contexte du Québec, il faut souligner l'existence et le rôle de l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec, dont la présence s'est fait sentir dans les débats touchant l'orientation de ce champ de pratique. Ses principaux buts sont de promouvoir la pratique du service social en milieu de santé et de permettre aux praticiens de mettre en commun leurs expériences et leurs intérêts.

LE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE COMME PRATIQUE

Il n'est pas facile de délimiter et de définir la pratique sociale dans le champ de la santé. Néanmoins, nous tenterons ici d'identifier un certain nombre de caractéristiques.

Hubschman (1983, p. 11) citant l'Association américaine des directeurs de services sociaux d'hopitaux, identifie 19 fonctions:

1) information et référence
2) facilitation de l'accès aux ressources communautaires
3) planification préalable à l'admission
4) dépistage et évaluation des risques au plan social
5) planification et arrangement de la phase post-hospitalisation
6) facilitation du l'utilisation des ressources hospitalières
7) consultation pour les patients et leurs familles
8) évaluations psycho-sociales
9) éducation à la santé
10) assistance financière
11) participation à l'évaluation périodique des soins hospitaliers
12) consultation au personnel de l'hôpital (sur un cas)
13) consultation aux agences communautaires (sur un cas)
14) consultation au personnel de l'hôpital (sur le programme de service social)
15) consultation auprès des agences communautaires (sur le programme de service social)
16) participation au développement de programmes hospitaliers
17) participation au développement de ressources extra-hospitalières
18) représentation de l'hôpital face à la communauté (sur des thèmes spécifiques)
19) recherche descriptive et évaluation

Cette longue liste a au moins les mérites d'être récente et plutôt exhaustive. Quand à Bracht (1978b, p.165), il a identifié des tâches

aux étapes de l'admission, du séjour et de la sortie. Parmi les points qu'il met en évidence, il y a le besoin du travail social de définir ses propres critères de référence et de prendre l'initiative sans nécessairement attendre la référence médicale. Il soutient d'autre part que la participation du travailleur social à l'étape de la sortie, de par sa connaissance des ressources communautaires, a réduit considérablement le séjour en hôpital.

C'est globalement une évidence de le dire, mais la pratique clinique du service social se développe très bien en contexte hospitalier (Wallace, Goldberg et Slaby, 1984). Ce volume auquel nous référons explique soigneusement les étapes du processus d'aide et les divers modèles de pratique (v.g. la thérapie à court terme). Les pratiques cliniques plus interactionistes (thérapie familiale, intervention de réseau) se retrouvent aussi très fréquemment tout comme l'utilisation du modèle écologique auquel nous nous sommes référés plus haut (Germain, 1984). Ce dernier modèle, tel que développé par l'auteur précité, a l'avantage de favoriser l'interaction d'approches qui mettent l'accent sur l'individuel et le social d'une façon complémentaire. L'espace manque ici pour explorer plus à fond le développement des différents modèles de pratique clinique de différentes inspirations théoriques; parfois partagés avec d'autres professions, parfois spécifiques au service social, ces modèles se sont définis et implantés progressivement dans les dernières décennies.

Pour Northern (1983), les travailleurs sociaux en milieu de santé utilisent l'intervention de groupe avec des buts d'éducation, de thérapie, de réciprocité, de changement social et de fonctionnement d'équipe de travail. Selon elle, cette méthode d'intervention a une place importante, mais qui pourrait être accentuée.

En liaison à ces activités de groupe, Black et Drachman (1985) soutiennent que les groupes d'entraide (self-help) se sont développés à une vitesse incroyable, surtout en milieu urbain. On y retrouve des groupes de contrôle de comportements, des groupes d'ex-patients, de collatéraux, de personnes qui traversent une transition de vie, etc.

Il est important de voir la complémentarité des formes d'aide, de clarifier les relations, de voir quelle aide le professionnel peut apporter à ces groupes et de savoir quand les utiliser.

Jansson et Salcido (1985) croient que le contexte actuel est favorable à l'expansion de l'organisation communautaire dans les services de santé. Ils identifient comme principales stratégies le développement communautaire, le développement de programmes et la coordination de services, l'action sociale et politique et la planification sociale. Stoner (1985) reprend une typologie semblable dans le champ de la santé mentale.

Kerson (1985) soutient aussi que le service social peut et doit influencer le système de distribution de services; et ce, dans le sens d'une plus grande accessibilité, d'une meilleure réponse aux besoins de la clientèle. Cela peut se faire de différentes façons: expliquer le rôle du service social, interpréter les besoins psycho-sociaux de la clientèle, concertation avec d'autres professions, mobilisation de la population, etc...

Selon Coulton (1985) la recherche sociale influence de plus en plus la pratique et elle évolue actuellement de la simple description à l'analyse approfondie et à l'évaluation. Petersen et Anderson (1984) constatent la difficulté pour le praticien d'utiliser en recherche de grands groupes et ils proposent des procédures comme le système à cas unique. La satisfaction de la clientèle, l'accessibilité des services et leur utilisation sont des thèmes qui reviennent aussi souvent dans la littérature.

Le travail multidisciplinaire (Lowe et Herranen, 1981) est un thème constant dans la littérature du service social même si on convient qu'il demande temps, effort et engagement. Lister (1982) a noté que les rôles peuvent s'entremêler, si l'on sort des tâches très spécialisées et dévolues traditionnellement à une profession. Il a noté que chez les autres professionnels, il n'y a pas consensus quant aux tâches que les travailleurs sociaux considèrent comme les leurs et que dans la pratique, plusieurs tâches appartiennent à plus d'une discipline.

Faut-il souligner que tout un ensemble de pratiques s'est développé au Québec. L'anthologie réalisée dans les dernières années (Emond, Lindsay, Perreault, 1985) a permis de mettre en évidence de multiples pratiques rattachées à plusieurs problématiques, mais qui démontrent surtout la polyvalence des interventions en service social. Par exemple:

- pratique individuelle (Bélanger, Lorrain, Tenaille)
- pratique de groupe (Boyer et Pichette-Lanciault)
- pratique relative au fonctionnement organisationnel (Perrault et Bramble)
- collaboration inter-services (Laroche, Sigal, Kravitz)
- étude de clientèles spécifiques (Desrosiers-Lampe)
- pratique conjugale et familiale (Braverman)
- travail avec les réseaux (Sabetta et Equipe de l'hôpital Douglas)

Evidemment, il n'est pas ici question de procéder à une évaluation de l'efficacité de l'intervention des praticiens sociaux oeuvrant dans le champ de la santé. Nous voulons simplement faire remarquer que certaines approches, auxquelles sont généralement habilités les praticiens sociaux, semblent montrer une efficacité intéressante.

Ainsi, une approche familiale de type psycho-éducatif (Anderson, 1980) qui vise à améliorer la stabilité de l'environnement familial et à réduire l'anxiété des patients psychiatriques a pu réduire de façon sensible le taux de réhospitalisation.

Après une analyse de la littérature en santé mentale, Tessier (1983) conclut à la possibilité "d'éviter presque complètement l'hospitalisation de la plupart des patients chroniques qui n'ont pas de lésions organiques, à condition que des programmes communautaires existent" (p.4). Dans une recherche faite à Montréal, Fenton, Tessier et al. (1984) ont montré que, pour certaines catégories de patients psychiatriques, le traitement à domicile est efficace sur le plan clinique et offre une alternative intéressante en termes de coûts au traitement à partir de l'hôpital.

Dans leur dossier sur l'efficacité des interventions en santé mentale, Tessier, Lavoie et Lamontagne (1985) notent que le succès de la réadaptation (ici mesuré par la réduction des taux d'hospitalisation et par une amélioration de la qualité de vie) tient à la présence de quatre ingrédients essentiels: 1) une intervention immédiate, au moment de la crise; 2) si nécessaire, une médication appropriée; 3) une intervention auprès de la famille, dans le but d'informer les membres et de modifier des interactions; 4) enfin, la continuité des interventions, car la plupart des études indiquent que le taux de récidives est fonction de la quantité de soins en post-cure.

VERS QUOI EVOLUE LE SERVICE SOCIAL EN MILIEU DE SANTE?

Dans cette partie, nous ne reviendrons pas sur les facteurs d'évolution, ce qui est assez près des idées développées dans la partie sur le contexte communautaire et organisationnel. Plutôt, seront mises en évidence les pistes concrètes de développement que nous avons pu identifier.

Rosenberg (1983) affirme que le service social a souffert comme profession quand on a tenté de porter une attention exclusive à l'une ou l'autre des deux dimensions, soit politique sociale-action communautaire versus traitement social; selon lui, la profession fait de son mieux quand on retrouve une perspective relativement équilibrée des deux éléments. Et de fait, les auteurs consultés font des hypothèses à plusieurs niveaux, tout en maintenant que l'accent continuera d'être mis sur les facteurs sociaux, environnementaux et psychologiques qui influencent l'état de santé, notamment les habitudes et le style de vie, les réalités socio-économiques et les supports sociaux.

Au plan socio-communautaire, Rehr et Miller (1983) soutiennent que les facteurs d'environnement comme la pollution, la mauvaise qualité du logement, les accidents, les violences de divers types provoquent des symptômes d'ordre médical, mais qui nécessitent comme tels des interventions publiques et politiques. Lurie (1977) mentionne que le travailleur social est d'abord redevable à la population, notamment désavantagée, et qu'il y a danger à donner la primauté à l'institution et non à celle-là. Carlton (1985) soutient qu'il faut favoriser des coalitions entre les professionnels et avec d'autres groupes pour obtenir certains changements institutionnels.

Le travailleur social développera aussi des activités au plan organisationnel. Rehr (1984) affirme qu'il a une responsabilité pour faciliter un réseau de soins continus, globaux et coordonnés à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital. En ce sens, Bracht (1974) souhaite que ces professionnels soient mieux formés à des dimensions de

management, de coordination et de planification. Ils pourront ainsi assumer des rôles d'agents de liaison entre des ressources, développer des programmes consistants avec les besoins communautaires. Compte tenu de l'évolution des modes de financement, le travailleur social aura davantage à faire le marketing de ses services, à démontrer sa contribution en termes coût/bénéfice et à être plus sensible à l'équation coût/services/besoins (Rehr et Miller, 1983).

On a aussi raison de croire que le travailleur social apportera sa contribution dans des activités d'éducation, de prévention et de promotion de la santé (Bracht, 1974). Cette hypothèse est aussi probable si les travailleurs sociaux accentuent leur travail de dépistage de groupes à risque et d'épidémiologie sociale.

Evidemment, cette profession maintiendra d'abord ses responsabilités dans les services cliniques directs au client et à sa famille et il y aura aussi une expansion de cette dimension, ce qui est inévitable à cause du vieillissement de la population, de l'expansion des services ambulatoires et d'une perspective de soins continus. Parmi les fonctions plus précises, il faut s'attendre à voir le travailleur social 1) aider les clients et les familles à composer avec les problèmes liés aux nouvelles technologies (Lurie, 1977); 2) travailler au maintien dans la communauté et avec une qualité de vie, de personnes âgées ou handicapées (Dinerman, 1979); 3) travailler à l'identification et à la promotion de supports sociaux; 4) organiser des groupes de personnes vivant une même situation; 5) se faire l'avocat des personnes face aux systèmes de soins (Rehr et Miller, 1983).

Le travailleur social, comme les autres professionnels, s'intéressera aux dimensions éthiques, comme la confidentialité dans les systèmes d'information et les impacts des nouvelles technologies médicales (Lurie, 1977).

Il faut croire que la recherche deviendra une composante plus importante du travail social, tant dans la description de certaines populations que dans l'évaluation même des services (Rehr, 1984).

Tous les éléments qui précèdent amènent à penser que le nombre de travailleurs sociaux en milieu de santé ira en augmentant. On peut toutefois s'attendre à les retrouver dans des structures plus diversifiées, allant du département hospitalier classique à la pratique privée; compte tenu de l'expertise gagnée dans certains secteurs, on peut s'attendre, à l'intérieur de la structure hospitalière, à retrouver les travailleurs sociaux dans différentes fonctions et postes qui outrepassent les rôles habituels (Beck, 1985; Reichert, 1984).

Pour Watt (1985), trois facteurs sont à prendre sérieusement en considération dans l'analyse prospective du service social en milieu de santé et ils sont les dimensions à surveiller dans les prochaines années.

Il y a d'abord la couverture des soins médicaux: si les gouvernements réduisent la contribution publique et deviennent plus sélectifs dans les programmes, les services sociaux feront face à de larges segments de populations dont les besoins médicaux seraient menacés: jeunes, pauvres, malades chroniques, etc. Dans ce scénario, les travailleurs sociaux devraient investir temps et énergie pour faciliter à ces personnes l'obtention des services médicaux. Aussi, moins d'attention serait portée aux déterminants psychologiques et sociaux de la santé tout comme aux conséquences qui sont à ces niveaux.

Aussi, compte tenu de l'augmentation des coûts, les ressources deviennent davantage régionalisées et centralisées. Pour le service social, un des impacts est de s'intéresser aux implications de recevoir des patients coupés de leurs liens habituels et loin des leurs. Cette centralisation va de pair avec une montée de la technologie et avec une compartimentation des clientèles, ce qui pousse les travailleurs sociaux à développer des expertises psycho-sociales face à des problématiques plus précises.

Enfin, les groupes d'entraide constituent de nouvelles ressources appréciables et les travailleurs sociaux ont à tenir compte de plus en plus de cette réalité. Dans la même ligne de pensée, les mouvements regroupant des bénéficiaires et les changements dans les attitudes du public envers l'aide professionnelle vont aussi forcer les travailleurs sociaux à prendre davantage parti sur des questions d'allocation de ressources, de soins à des clientèles spécifiques, du "droit à la mort" et sur les applications des nouvelles technologies.

LA PRATIQUE DU SERVICE SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER AU QUEBEC

Dans une deuxième partie, nous essayons de voir comment s'actualise de fait la pratique du service social en milieu hospitalier. Pour cela, nous avons eu des rencontres avec des membres de l'Association des praticiens de service social en milieu de santé du Québec et avec quelques directeurs de services sociaux hospitaliers. Nous avons attaché une importance particulière aux objectifs du service social hospitalier et au processus de demandes de services.

En milieu hospitalier, les travailleurs sociaux entrent en contact avec des patients, c'est-à-dire des personnes de tout âge qui ont recours aux hôpitaux pour obtenir les services nécessaires:

- au recouvrement de la santé
- aux traitements ponctuels que requièrent des maladies chroniques (ex. le diabète) ou des situations irréversibles (ex. le vieillissement)
- à l'approche de la mort (plus de 90% des québécois décèdent à l'hôpital).

Le travail social médical et psychiatrique a, ou devrait avoir, deux objectifs:

1. Contribuer à l'amélioration de la santé et/ou au bien-être des personnes hospitalisées

   et, ce faisant,

2. diminuer ou prévenir une surconsommation des services institutionnels.

Nous avons beau chercher, nous ne voyons pas hors de la poursuite de ces objectifs, quel serait l'intérêt du système de santé québécois à maintenir des départements de service social en milieu hospitalier.

Nous nous demanderons donc si la spécificité de la pratique du service social en milieu hospitalier permet la poursuite de ces objectifs, et si les conditions dans lesquelles s'exerce cette pratique au Québec permettent de les atteindre.

Il ne s'agit pas ici de revenir sur la première partie de ce document mais de préciser l'actualisation concrète d'un savoir qui s'articule autour de l'évaluation des conséquences sociales d'un état de santé et de l'intervention adéquate pour en minimiser l'impact. En travail social, l'individu n'existe pas. Existe un individu en relation avec d'autres personnes gravitant à l'intérieur de réseaux sociaux dont l'individu est membre à titre d'enfant, de conjoint, de parent, d'ami, d'étudiant, de travailleur, de citoyen, etc.

En milieu hospitalier, quelle que soit la forme qu'elle prenne, la pratique du service social a toujours pour but d'évaluer l'impact de l'état de santé et de l'organisation du système de soins sur la dynamique relationnelle à l'intérieur des réseaux dont le bénéficiaire est membre, et de modifier cette dynamique pour faciliter l'ajustement et l'adaptation réciproque du bénéficiaire et des membres significatifs de son réseau social. C'est en agissant sur les dynamiques relationnelles que le travail social médical et psychiatrique élargit les marges de manoeuvre sociales du bénéficiaire et lui permet d'améliorer son état de santé et de diminuer sa dépendance vis-à-vis les services institutionnels.

IMPACT DE LA MALADIE OU DE LA DETERIORATION DE L'ETAT DE SANTE

Dans bien des cas, la maladie a pour conséquence sociale de bouleverser les dynamiques relationnelles entre un individu et son réseau social. Par exemple, les maladies de la petite enfance et les anomalies congénitales risquent d'orienter la relation parent-enfant sur un modèle permanent de surprotection ou de rejet. Dans le premier cas, l'enfant pourra développer des troubles de comportement et des troubles psychosomatiques qui le suivront sa vie durant (Sigal, 1973; Solnit et Stark, 1961).

Dans le second cas, ses risques d'être négligé ou maltraité augmentent. Dans les deux cas, il y a risque accru d'une surconsommation des services de santé et des services sociaux. Le cancer, les maladies cardio-vasculaires, les troubles schizophréniques, la maladie d'Alzeimer sont autant d'exemples, parmi tant d'autres, de maladies qui peuvent, de fond en comble, bouleverser les patterns de dynamique relationnelle entre un individu et son milieu. La première tâche du service social sera d'évaluer les répercussions psychosociales du problème de santé sur la personne et son entourage immédiat et d'aider chaque membre de ce réseau à faire face à la situation de manière à faciliter l'adaptation de chacun à la nouvelle réalité. La maladie fait surgir toute une série de problèmes qui au premier abord semblent insolubles et qui, si ils sont mal solutionnés, auront à leur tour des répercussions sur le fonctionnement psychosocial des membres de la famille. Comment aider un père de famille à dire à ses jeunes enfants que leur mère va mourir bientôt ? Comment aider la mère à préparer ses enfants à son départ pour éviter le risque d'un deuil pathologique ? Quel sera l'impact du retour à la maison d'un adolescent aux prises avec des difficultés majeures de comportement suite à un premier épisode de schizophrénie ? Sa mère doit-elle, comme son mari lui demande, quitter un emploi très valorisant pour se consacrer uniquement à son fils malade ? Ce genre de situations forme le quotidien des hôpitaux et nécessite dans bien des cas une intervention professionnelle, c'est-à-dire qui demande des habiletés spécifiques.

Plus tard, au moment où se met en branle le plan de congé, le travailleur social s'assurera de la collaboration des intervenants du milieu communautaire les plus susceptibles de soutenir le patient et son milieu: groupes d'entraides, services à domicile du C.L.S.C., le professeur à l'école qui panique devant le retour d'un enfant leucémique, etc..

Au Québec, on se donne rarement la peine d'évaluer l'efficacité des programmes de santé, et le service social en milieu hospitalier ne fait pas exception à la règle. Là où elle a été faite, l'évaluation met en évidence les résultats probants d'une intervention sociale.

Dans une unité de soins intensifs pour nouveaux-nés, on a construit un protocole de référence au service social, dès le moment de l'admission, pour les nouveaux-nés dont les problèmes de santé risquaient d'avoir un impact négatif permanent sur la relation parent-enfant. On a ensuite comparé le taux de réadmission de 90 enfants dans les deux ans suivant le congé de la pouponnière de soins intensifs avec ceux de 80 enfants ayant le même diagnostic médical et provenant du même milieu social mais qui n'avaient pas eu le bénéfice d'un protocole de services sociaux. Ce dernier groupe a totalisé 533 jours de réhospitalisation, le premier 293, soit une différence de 240 jours ou de 48%. (Perrault, 1981; Perrault et al., 1986). En psychiatrie adulte, un programme de service social axé principalement sur l'impact de la schizophrénie sur la famille proche, incluant surtout une intervention familiale pendant l'hospitalisation et un soutien à l'entourage immédiat après le congé, a permis de réduire le taux de réhospitalisation de près de 50% (Letourneux, 1984).

IMPACT DE L'ORGANISATION DES SOINS HOSPITALIERS: LES SEQUELLES PSYCHO-SOCIALES IATROGENIQUES

Indépendamment de la maladie et de l'état de santé, l'organisation des services hospitaliers peut à elle seule avoir un impact négatif immédiat sur la dynamique relationnelle entre un bénéficiaire et son milieu. La personne risque alors de développer des problèmes psychosociaux iatrogéniques, pour lesquels il lui faudra une nouvelle gamme de services de santé et de services sociaux. Un des rôles les plus intéressant du service social en milieu hospitalier est d'identifier, à l'intérieur du système, les éléments qui entraînent des séquelles psycho-sociales iatrogéniques, d'y sensibiliser le milieu hospitalier et de contribuer au changement de la structure de soins.

C'est sans doute James Robertson- un travailleur social - qui a le premier attiré l'attention sur les troubles iatrogéniques psychosociaux. Dans les années 50, en Angleterre, il a formulé l'hypothèse que les enfants hospitalisés développaient des dépressions cliniques

parce que les quelques heures de visites hebdomadaires permises aux parents étaient insuffisantes pour permettre à l'enfant de combattre la dépression secondaire à la brusque séparation d'avec ses parents. Par la suite, les recherches de Bowlby et d'autres chercheurs ont confirmé l'hypothèse de Robertson.

Peu à peu, sous la pression des pédo-psychiatres et des travailleurs sociaux, les départements de pédiatrie ont commencé à ouvrir leurs portes en tout temps aux parents et l'incidence des dépressions infantiles secondaires à l'hospitalisation a chuté de manière spectaculaire.

Depuis une dizaine d'années, au Québec comme ailleurs, les travailleurs sociaux ont sensibilisé le milieu à l'impact des soins hospitaliers prolongés sur la dépendance du bénéficiaire face à l'institution et les difficultés croissantes de réinsertion sociale. En milieu médical, les travailleurs sociaux ont sensibilisé les hôpitaux universitaires aux besoins du patient mourant et de ses proches et à la difficulté que rencontrent les milieux institutionnels à rencontrer ces besoins. Partout où se développent de nouvelles approches de soins aux mourants, le service social médical joue un rôle de promoteur de premier plan.

En psychiatrie, les travailleurs sociaux ont mis en lumière une des difficultés majeures que rencontrent les familles, soit le manque d'informations médicales auxquelles elles ont réellement accès sur les manifestations de la maladie et les effets des médicaments (Sabetta, 1984).

Très souvent, là où l'organisation des soins interfère avec la jouissance des droits ou la dynamique relationnelle entre un patient et son milieu, le service social encourage la formation de regroupement de bénéficiaires et/ou de familles de bénéficiaires, les soutient et les supporte dans leurs stratégies d'identification des besoins et des revendications. C'est ainsi que supportées par le service social, les

familles d'enfants multihandicapés ont pu obtenir dans les deux grands hôpitaux pédiatriques de Montréal, une réorganisation des services externes permettant à leurs enfants de voir à l'intérieur d'un seul rendez-vous mensuel ou trimestriel, tous les spécialistes impliqués dans le suivi médical. Il y a quelques années, le cardiologue donnait un rendez-vous à un patient sans s'inquiéter de ceux fixés par le neurologue, l'urologue, l'orthopédiste, etc. L'enfant pouvait venir 5 ou 6 fois par mois à l'hôpital sans que personne ne s'inquiète de la répercussion de cette distribution des soins sur son travail scolaire et les activités des parents.

Il existe, surtout dans quelques hôpitaux universitaires, de multiples exemples similaires de véritables stratégies d'action communautaire initiées et menées "intra-muros" sous l'instigation du service social médical et psychiatrique. Toutes ces stratégies, qu'elles aient pour but le respect des droits du bénéficiaire et de sa famille ou une meilleure organisation du traitement et du suivi, ont pour objectif de minimiser l'impact du système de santé sur la dynamique relationnelle entre le bénéficiaire et son réseau social.

LES CONDITIONS DE LA PRATIQUE DU SERVICE SOCIAL EN MILIEU HOSPITALIER AU QUEBEC

La pratique du service social en milieu hospitalier telle que nous l'avons décrite ne reflète pas nécessairement la réalité du service social médical et psychiatrique au Québec. Depuis 10 ans, l'alourdissement des clientèles, le vieillissement de la population et les coupures budgétaires répétées ont contraint les travailleurs sociaux du milieu hospitalier à se cantonner trop souvent dans l'évaluation et l'organisation des services concrets nécessaires à un patient à sa sortie de l'hôpital. Dans bien des instances, le travailleur social est devenu un agent de liaison chargé d'accélérer la sortie des malades et de les diriger vers les diverses ressources d'hébergement de la communauté (centres d'accueil, familles d'accueil, foyers de groupe, etc..).

Pour les travailleurs sociaux qui ont une formation universitaire dans l'évaluation et l'intervention sociales, ces conditions de pratique qui sous-utilisent leurs habiletés professionnelles sont très frustrantes.

Il leur est difficile de défendre une autonomie professionnelle basée sur un savoir et une spécificité propre au travail social qui les encouragerait à défendre un secteur d'activités plus large que celui des services concrets. Nous voyons à cela deux raisons principales:

- la non-reconnaissance par les C.S.S. de la formation des travailleurs sociaux;
- l'absence de protocole de consultation fondé sur des critères objectifs.

Les travailleurs sociaux relèvent pour la plupart d'un C.S.S. qui signe une entente de services à l'hôpital. Les C.S.S. au Québec ne reconnaissant pas aux travailleurs sociaux une compétence particulière aux diplômés de service social. Ils engagent des agents de relations humaines (A.R.H.) à qui on demande une formation universitaire dans le domaine général des sciences humaines. Sont A.R.H., des sociologues, des avocats, des criminologues, des psychologues, etc. Toutes ces personnes sont employées à des tâches similaires. Indirectement, les C.S.S. nient de cette façon la nécessité de posséder des habiletés d'intervention sociale spécifiques pour offrir à la personne et à son réseau une intervention susceptible de modifier en profondeur leur dynamique interactionnelle par le biais d'une intervention familiale, d'une intervention de groupe ou de toute autre stratégie indiquée.

Dans la majorité des cas, en milieu hospitalier, ce sont les médecins qui refèrent un patient au service social. Ces références sont faites non pas en fonction des besoins psycho-sociaux des patients mais en fonction de la perception que se font les médecins du rôle d'un travailleur social; la perception la plus répandue, c'est l'organisation de services concrets au moment du congé (Berkman et Rehr, 1973; Ripley, 1985). Rares sont les services sociaux hospitaliers qui ont développé, promulgué et diffusé des protocoles de référence fondés sur une problématique spécifique de vulnérabilité psycho-sociale à la maladie et précisant les critères d'une consultation au service social. Ainsi se perpétue un système où d'autres professionnels de la santé définissent pour le service social sa clientèle, son rôle et le moment de l'intervention (Ripley, 1985). Un protocole de référence en service social est tout simplement un ensemble de critères objectifs sur lesquels appuyer une référence au service social. Ils impliquent la référence automatique au service social de toute personne ayant des caractéristiques identifiées à l'avance, associées à un impact psycho-social majeur - idéalement ces références sont faites dès le moment où la situation médicale est identifiée. Exemple: référence au service social de toute personne chez qui on diagnostique une maladie potentiellement mortelle et qui a la responsabilité d'enfants de moins de 18 ans.

On sait par exemple que la naissance d'un enfant porteur d'une anomalie congénitale grave, nécessite une intervention de crise initiée dans les 48 heures auprès des deux parents, si on a pour objectif de prévenir une dynamique parent-enfant orientée pour des années vers la surprotection ou son contraire, le rejet. Combien de D.S.P. et de chefs de pédiatrie ont à ce sujet un protocole écrit du service social de leur hôpital ? On sait qu'une évaluation et une intervention familiales au moment où est posé un <u>premier</u> diagnostic de troubles psychotiques influencent de façon significative la réadaptation sociale et le nombre de réhospitalisations subséquentes. Les départements de psychiatrie ont-ils en main les protocoles de consultation au service social leur indiquant qui ils doivent référer en premier lieu et à quel moment?

Pour toutes les problématiques, il existe des données de recherche permettant de documenter le degré de vulnérabilité psycho-sociale et d'établir des critères de référence susceptibles de faire une différence dans l'état de santé du patient ou dans son utilisation future des services institutionnels.

Là où des protocoles solidement justifiés existent, les travailleurs sociaux sont considérés comme des professionnels indispensables, et il devient difficile, même en période de coupures budgétaires, de toucher à leurs postes. C'est le cas pour les travailleurs sociaux attachés aux unités de soins palliatifs, aux équipes de transplantations d'organes et d'hémodialyse. C'est le cas aussi de certains départements de pédopsychiatrie, de psychiatrie, de néonatologie, de cardiologie et de pédiatrie.

Là où les protocoles n'existent pas, les services sociaux concrets ont tendance à prendre le pas sur la pratique professionnelle. Dans un milieu hospitalier, ce sont les protocoles établis sur les critères objectifs de vulnérabilité psycho-sociale et l'efficacité démontrée de l'intervention sociale qui permettent de définir les besoins d'un hôpital en service social, et d'affecter les praticiens dans les départements où leur action sera la plus profitable à la fois pour les patients et l'établissement.

C'est à notre avis la seule façon valable de négocier des postes de travailleurs sociaux en milieu hospitalier et d'établir pour chaque hôpital la masse critique minimum de praticiens sociaux nécessaires.

La formulation des protocoles demande une très bonne connaissance des problématiques de santé; de leurs conséquences sociales et des facteurs qui interviennent pour en modérer l'impact (sexe, âge, composition du ménage, éducation, revenu, attitudes sociales, structure et utilisation des réseaux de support personnel et communautaire, et le moment crucial de l'intervention).

Les autres professionnels de la santé n'ont pas les bagages de connaissance pour établir de tels protocoles. D'autre part, les travailleurs sociaux qui ont développé leurs connaissances et leurs habiletés dans d'autres champs que celui de la santé n'ont pas non plus l'expertise nécessaire pour établir ces protocoles. Beaucoup d'étudiants en service social ne reçoivent jamais de cours articulés autour des problématiques de santé; ces cours,quand ils sont dispensés,le sont sur une base optionnelle. A notre connaissance, une seule école de service social offre au Québec une maîtrise spécialisée en santé, soit à l'Université McGill.

Ces lacunes expliquent sans doute en partie pourquoi les C.S.S. décident rarement de l'affectation des postes en milieu de santé sur la base de problématiques et de protocoles solidement documentés, établissant de façon rigoureuse les risques de détérioration de la santé et de surconsommation de services associés à une absence d'intervention sociale au bon moment,ou à une mauvaise utilisation des services sociaux hospitaliers.

ENONCE DE CERTAINS ENJEUX

Dans cette dernière partie du document, nous désirons attirer l'attention du lecteur sur les éléments qui, à notre avis, vont constituer la toile de fond de l'évolution des services sociaux en milieu de santé. Ces éléments sont ici regroupés en cinq dimensions.

1. L'évolution sociale actuelle nous amène à croire en une augmentation de la demande de services psychosociaux. Nous l'avons déjà vu, plusieurs changements sociaux tout comme l'évolution des traitements et des soins nous amènent à cette prise de position: augmentation de la longévité qui demande un réseau articulé de services, intérêt croissant pour la réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques, évolution de la technologie médicale qui oblige à s'interroger sur la qualité de la vie, exigences du mode de vie qui mènent à des ruptures de l'équilibre entre l'individu et son environnement, absence fréquente de soutiens familiaux et sociaux, rareté des ressources professionnelles ou sélectivité possible des programmes sociaux qui amènerait l'intervenant social à mettre temps et ressource pour l'élaboration ou la disponibilité de nouvelles ressources pour la population.

2. Le contexte actuel demande aussi une utilisation maximale des ressources disponibles. Les règles du jeu actuelles font que tout bénéficiaire a un accès potentiellement direct aux ressources du service social, en même temps que sont notées au plan professionnel des difficultés à définir la clientèle du service social, son rôle et le moment des interventions. C'est pourquoi nous avons longuement insisté dans ce document sur la notion de protocole, comme un moyen essentiel d'utiliser les ressources du service social. Tous conviendront qu'il reste au Québec des problèmes de répartition des ressources et d'utilisation rationnelle de celles-ci; et que même les critères de répartition de ces ressources ne sont pas clairs. Les protocoles, comme des ensembles de règles qui déterminent précisément qui on réfère, à quel moment et pourquoi, nous semblent présentement une étape positive pour favoriser l'utilisation rationnelle des services sociaux en milieu hospitalier.

3. Au plan de la pratique, les connaissances actuelles peuvent amener à privilégier certaines interventions. Nous avons déjà fait allusion à quelques recherches évaluatives qui mettent en lumière des résultats qui peuvent servir de guide à l'intervention sociale. Il en est ainsi des thérapies à court terme, au moment de la crise, auprès de clientèles appropriées. Nous avons aussi mentionné certains résultats d'une approche de thérapie familiale dans le cas de patients schizophrènes. Aussi, dans le contexte actuel, on met facilement en opposition les ressources institutionnelles et non-institutionnelles comme si les unes ou les autres constituaient la solution. Encore là, les résultats de recherche indiquent plutôt une continuité des soins, ce qui laisserait croire au développement et à l'articulation de ressources. Ce qui signifie, à l'intérieur de services sociaux hospitaliers, la collaboration avec les ressources intra-hospitalières et intra-C.S.S.; l'articulation avec les ressources des C.L.S.C., plus axés sur la prévention; le travail avec les réseaux de soutien des patients, avec les groupes d'entraide et de revendication, et l'élaboration de ressources intermédiaires dont les recherches montrent aussi des résultats intéressants en termes de résultats et de coûts.

4. Le développement des services sociaux hospitaliers passera par l'enseignement et par la recherche. La pratique sociale en hôpital a traditionnellement eu une tradition d'excellence, surtout sur un plan clinique. La Loi sur les services de santé et les services sociaux, et les transformations qui ont suivi, ont amené des préoccupations complémentaires aux services sociaux hospitaliers, qui avaient alors à s'insérer dans le système des centres de services sociaux. Il fallait de plus à l'intérieur de ces derniers, que se développent d'autres secteurs de pratique; les services sociaux en C.L.S.C. ont également commencé à prendre leur envol, et il fallait donc voir les frontières et les complémentarités. Les centres de services sociaux ont aussi déployé des efforts pour la définition, la répartition et la complémentarité des services sociaux hospitaliers. Mais nous nous attarderons ici à deux aspects qui

supposent la collaboration des maisons d'enseignement, soit la formation et la recherche. Ainsi, une seule école, à date, donne une spécialisation "santé" au niveau de la maîtrise. Au niveau du baccalauréat, les cours dans les champs de la santé ou de la santé mentale se font aussi très rares. Egalement, le besoin d'une formation continue, notamment en santé mentale, a été souvent observé et, malgré plusieurs initiatives, nous ne sommes pas certains de l'actualisation de cette formation, qui suppose souvent la collaboration des maisons d'enseignement et des organismes de pratique. Ainsi en est-il de la recherche, tant descriptive qu'évaluative, pour laquelle la concertation serait aussi de mise. Il est souhaitable que les praticiens sociaux en arrivent à mieux saisir les facteurs individuels, familiaux et environnementaux des clientèles qu'ils desservent; pour le moment, ce type de recherche est plutôt rare. Nous avons aussi fait référence plus haut à l'efficacité des interventions, ce pourquoi des modalités restent à trouver entre chercheurs et praticiens.

5. Enfin, les services sociaux hospitaliers ont à assurer leur identité tout en opérant des changements. Ce dernier enjeu nous permet, à notre sens, de décrire globalement l'état de développement des services sociaux hospitaliers. Nous ne mettons pas en doute la nécessité de leur présence parmi les services de santé; mais à regarder le contexte dans lequel se situeront les défis des prochaines années, nous sommes enclins à faire la comparaison avec le développement d'une personne qui, pour évoluer, change en demeurant elle-même. Le service social, faut-il le répéter, est une jeune profession et les praticiens ont, en milieu hospitalier, un contexte intéressant pour dispenser des services sociaux; la plupart de ces services seront directs et d'ordre clinique, mais il ne faut pas oublier les autres contributions (consultation, enseignement, organisation communautaire, recherche, etc.) possibles pour assurer un fonctionnement dynamique de l'hôpital. Dans les dernières années, un enjeu qui a grevé beaucoup d'énergie a été celui du rattachement administratif des services sociaux hospitaliers, mais cette question semble être maintenant l'objet de moins de débats. Heureusement dirions-nous, car l'ensemble des changements sociaux et technologiques auxquels nous avons

fait référence vont forcer les services sociaux en milieu hospitalier à des adaptations constantes; et pour réaliser avec succès ces adaptations, ils ont besoin d'une structure organisationnelle solide et d'une identité "service social" qui permette de mieux préciser leur apport spécifique et leur complémentarité.

REFERENCES

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, Essentials of Social Work Programs in Hospitals. Chicago, APA, 1982.

ANDERSON, C., Family Intervention with Severely Disturbed Inpatients . Archives of General Psychiatry, 34, 1977, pp. 697-702.

BECK, R.,Looking Ahead: Social Work As a Core Health Profession, Health and Social Work, 1984, 9(2), pp. 85-95.

BERKMAN, B. et REHR, H., Early Social Service Case-finding: an Experiment. Social Service Review, 47(2), 1973, pp. 256-265

BLACK, R. et DRACHMAN, D., Hospital Social Workers and Self-Help Groups. Health and Social Work, 10(2), 1985, pp. 95-103.

BRACHT, N., Contributions to Comprehensive Health Care: Basic Premises. pp. 19-36 dans: Social Work in Health Care, New York, Haworth, 1978a.

BRACHT, N., Health Care: The Largest Human Service System, Social Work, 19(5), 1974, pp. 532-542.

BRACHT, N., Social Work Practice in Hospitals: Changing Directions and New Opportunities, pp. 165-183 dans: Bracht, N. (Ed.) Social Work in Health Care. New York, Haworth, 1978b.

CAPUTI, M., Social Work in Health Care: Past and Future. Health and Social Work, 3(1), 1978, pp. 8-29.

CARLTON, T., Highlights of a Decade. Health and Social Work, 10(4), 1985, pp. 308-312.

CAROFF, P. et MAILICK, M., Health Concentrations in Schools of Social Work: The State of the Art. Health and Social Work, 10(1), 1985, pp. 5-14.

COULTON, C. et al., Nationwide Survey of Hospital Social Work Practice. Cleveland: School of Applied Social Sciences, 1979.

COULTON, C., Research and Practice: An Ongoing Relationship. Health and Social Work, 10(4), 1985, pp. 282-291.

DINERMAN, M., In Sickness and in Health: The Future of Social Work Roles. Health and Social Work, 4(2), 1979, pp. 5-23.

EMOND, M., LINDSAY, J. et PERRAULT, C. (eds), Le travail social et la santé au Québec, Brossard, Behaviora, 1985.

FENTON, F., TESSIER, L. et al., Une comparaison de deux ans sur les coûts d'un traitement psychiatrique à domicile et à l'hôpital pp. 259-271 dans: Emond, M., Lindsay, J. et Perrault, C.(eds) Le Travail social et la santé au Québec. Brossard, Behaviora, 1985.

GERMAIN, C., Social Work Identity, Competence and Autonomy: The Ecological Perspective. Social Work in Health Care, 6(1), 1980, pp. 1-10.

GERMAIN, C., Social Work Practice in Health Care: An Ecological Perspective. New York, Free Press, 1984.

HABER-SCHARF, M. Casting Social Work Services in a Hospital Setting, Social Work in Health Care, 11(1), 1985, pp. 113-129.

HUBSCHMAN, L., Hospital Social Work Practice, New-York, Praeger, 1983.

JANSSON, B. et SALCIDO, R., Community Practice in Health Care, pp. 313-352 dans: Taylor S. et Roberts R. (eds) Theory and Practice of Community Social Work, New York, Columbia, 1985.

JANSSON, B. et SIMMONS, J., The Ecology of Social Work Departments: Empirical Findings and Strategy Implications. Social Work in Health Care, 11(2), 1985. pp. 1-16.

KERSON, T., Responsiveness to Need: Social Work's Impact on Health Care. Health and Social Work, 10(4), 1985, pp. 300-307.

KISLOWICK, L. et ARONSON, J., Hospital Social Services: A Study of Patients and Professionals' Views, Montréal: Centre de services sociaux juifs à la famille, 1980.

KULYS, R. et MEYER, R., Good Health: Whose Responsibility ? Social Work in Health Care, 11 (1), 1985, pp. 63-84.

LETOURNEUX, M.C., Les alternatives: une expérience en cours dans la sous-région est de Montréal. Administration Hosp. et Soc., 30(6), 1984, pp.45-48.

LISTER, L., Role Training for Interdisciplinary Health Teams, Health and Social Work, 1982, 7(1), pp. 19-34.

LOWE, J. et HERRANEN, M., Understanding Teamwork: Another Look at the Concepts, Social Work in Health Care, 7(2), 1981, pp.1-12.

LURIE, A., Social Work in Health Care: The Next 10 Years, Social Work in Health Care, 2(4), 1977, pp. 419-428.

LURIE, A., Staffing Patterns: Issues and Program Implications for Health Care Agencies pp. 179-188 dans: Lurie, A. et Rosenberg, G., Social Work Administration in Health Care. New York, Haworth, 1984.

MCKINNEY, E. et YOUNG, A. Changing Patient Populations: Considerations for Service Delivery, Health and Social Work, 10(4), 1985, pp. 292-299.

MICHAUD, B., Services sociaux en institution -Proposition d'organisation. Montréal, C.S.S.M.M., 1980.

MILLER, R., Legislation and Health Policies, pp. 74-120 dans: Miller, R. et Rehr, H. (eds), Social Work Issues in Health Care, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1983.

MILLER, R. et REHR, H., Health Settings and Health Providers. Pp.1-19 dans Miller R. et Rehr, H. (eds), Social Work Issues in Health Care. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1983.

NORTHERN, H., Social Work Groups in Health Settings: Promises and Problems. Social Work in Health Care, 8(3), 1983, pp. 107-128.

PERRAULT, C., La prévention psychosociale en médecine néonatale. Service Social, 30(1-2), 1981, pp. 111-128.

PERRAULT, C. et al., Family Support System in Newborn Medecine: Does it Work ? Follow-up Study of Infants at Risk. Journal of Pediatrics, 108(6), 1986, pp. 1025-1030.

PETERSEN, K. et ANDERSON, S., Evaluation of Social Work Practice in Health Care Settings. Social Work in Health Care, 10(1), 1984, pp. 1-16.

REAMER, F., Facing Up the Challenge of DRGS, Health and Social Work, 10(2), 1985, pp. 85-94.

REHR, H., Health Care and Social Work Services: Present Concerns and Future Directions. Social Work in Health Care, 10(1), 1984, pp. 71-84.

REHR, H., Medical Care Organization and the Social Service Connection. Health and Social Work, 10(4), 1985, pp. 245-257.

REHR, H., The Consumer and Consumerism. Pp. 20-72 dans: Miller, R. et Rehr, H. (eds), Social Work Issues in Health Care. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1983.

REHR, H. et MILLER, R., More Issues for the Eighties. Pp. 252-276 dans: R.S. Miller et H. Rehr (eds). Social Work Issues in Health Care. Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1983.

REICHERT, K., The Drift Toward Entrepreneurialism in Health and Social Welfare: Implications for Social Work Education. Pp. 109-118 dans: Lurie A. et Rosenberg G. (eds), Social Work Administration in Health Care, New York, Haworth, 1984.

RIPLEY, J., The Referral System: A Dilemma for Hospital Social Workers. Le Travailleur Social, 53(4), 1985, pp. 164-166.

RITVO, R., Strengthening Health and Social Service Links. Pp. 279-298 dans: Hokenstad, M. et Ritvo, R. (eds), Linking Health Care and Social Services: International Perspectives. London: Sage, 1982.

RIVARD-Leduc, M., Les effets de la réforme Castonguay-Nepveu sur les services sociaux hospitaliers Pp. 89-94 dans: Emond, M., Perrault, C. et Lindsay, J. (eds). Le travail social et la santé au Québec. Brossard: Behaviora, 1985.

ROBICHAUD, J.B., Les orientations actuelles dans la distribution des services sociaux en milieu de santé au Québec. Pp. 31-40 dans: Emond, M., Lindsay, J. et Perrault, C. (eds). Le travail social et la santé au Québec. Brossard, Behaviora, 1985.

ROSENBERG, G., Advancing Social Work Practice in Health Care, Social Work in Health Care, 8(3), 1983, pp. 147-156.

SABETTA, Y., Etude exploratoire sur le vécu et les besoins de la famille du patient suivi en psychiatrie. Santé Mentale au Québec, 9(1), 1984, pp. 169-173.

SCHREIBER, H., Discharge- Planning: Key to the Future of Hospital Social Work. Health and Social Work, 1981, 6(1), pp. 48-53.

SIGAL, J. et al., Later Psychological Consequences of Near Fatal Illness, American Journal of Psychiatry, 130(7), 1973, pp. 786-789.

SOLNIT, A. et STARK, M., Mourning and the Birth of a Defective Child, Psychoanalytic Study of the Child, 16, 1961, pp. 523-537.

STONER, M., The Practice of Community Social Work in Mental Health Settings. Pp. 282-312 dans: Taylor, S. et Roberts, R. (eds), Theory and Practice of Community social Work, New-York, Columbia, 1985.

TAGGART, A., The Baccalaureate Social Worker in Health Care System, Health and Social Work, 7(4), 1982, pp. 292-300.

TAYLOR-ROSSINGER, E., Une chronologie des événements. Pp. 435-465 dans Emond, M., Lindsay, J. et Perrault, C. (eds). Le travail social et la santé au Québec. Brossard, Behaviora, 1985.

TESSIER, L., Rôle et fonctions des services sociaux hospitaliers à l'égard de la clientèle psychiatrique adulte. Montréal, C.S.S.M.M., 1983.

TESSIER, L., LAVOIE, F. et LAMONTAGNE, Y., L'efficacité de la réadaptation. Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 1985.

WALLACE, S., GOLDBERG, R. et SLABY, A., Clinical Social Work in Health Care. New-York, Praeger, 1983.

WATT, S., Health Care. Pp. 279-300 dans: Turner, J.C. et Turner, F.J., Canadian Social Welfare. Don Mills, Ont.: Collier-Macmillan, 1986.

WATT, S., Social Work in the Health Care Field Pp. 166-181 dans: Yelaja, S. (ed.). An Introduction to Social Work Practice in Canada. Scarborough, Ont., Prentice-Hall, 1985.

Rapports de recherche et synthèses critiques publiés dans le cadre du programme de recherche de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

1. Le rôle de l'Etat dans les services de santé et les services sociaux

No 1[1] Gilles Beausoleil - *Intervention socio-économique de l'Etat. Problèmes et perspectives.*
Gérard Bélanger - *La croissance du secteur public: une recension des écrits économiques*
Diane Bellemarre, Ginette Dussault, Lise Poulin Simon - *Regard économique sur le devenir de l'Etat.*
Jacques T. Godbout - *L'Etat localisé.*
Lionel Groulx - *L'Etat et les services sociaux.*
Réjean Landry - *Prospective des interventions de l'Etat.*
Frédéric Lesemann, Jocelyne Lamoureux - *Le rôle et le devenir de l'Etat-providence.*

2. La transformation du tissu social

No 2 Gilles Bibeau - *A la fois d'ici et d'ailleurs: les communautés culturelles du Québec dans leurs rapports aux services sociaux et aux services de santé.*
No 3 Doris Hanigan - *Le suicide chez les jeunes et les personnes âgées: une recension des écrits et propositions d'action.*
No 4 Frédéric Lesemann - *Les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services sociaux.*
No 5 Monique Provost - *Les nouveaux phénomènes sociaux: la catégorie sociale "jeunesse".*
No 6 Marc Renaud, Sylvie Jutras, Pierre Bouchard - *Les solutions qu'apportent les Québécois à leurs problèmes sociaux et sanitaires.*
No 7 Eric Shragge, Taylor Létourneau - *Community - Initiated Health and Social Services.*
No 8 Rita Therrien - *La contribution informelle des femmes aux services de santé et aux services sociaux.*
No 9 Michel Tousignant et al. - *Utilisation des réseaux sociaux dans les interventions. Etat de la question et propositions d'action.*

3. L'évolution des indicateurs et des problèmes de santé

No 10 Ellen Corin - *Les dimensions sociales et psychiques de la santé: outils méthodologiques et perspectives d'analyse.*
No 11 John Hoey et al. - *L'Etat de santé des Québécois: un profil par région socio-sanitaire et par département de santé communautaire*

---

[1] Ce document comprend 7 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le rôle de l'Etat."

No 12 Jennifer O'Loughlin, Jean-François Boivin - *Indicateurs de santé, facteurs de risque liés au mode de vie et utilisation du système de soins dans la région centre-ouest de Montréal.*

4. Le cadre législatif, réglementaire et organisationnel du système des services de santé et des services sociaux

No 13 Paul R. Bélanger, Benoît Lévesque, Marc Plamondon - *Flexibilité du travail et demande sociale dans les CLSC.*

No 14 Jean Bernier et al. - *L'allocation des ressources humaines dans les conventions collectives des secteurs de la santé et des services sociaux.*

No 15 Jean Bernier, Guy Bellemarre, Louise Hamelin Brabant - *L'impact des conventions collectives sur l'allocation des ressources humaines dans les centres hospitaliers.*

No 16 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *Des réalisations de la santé publique aux perspectives de la santé communautaire.*

No 17 Georges Desrosiers, Benoît Gaumer - *L'occupation d'une partie du champ des soins de première ligne par l'hôpital général: faits, conséquences, alternatives.*

No 18 Gilles Dussault, Jean Harvey, Henriette Bilodeau - *La réglementation professionnelle et le fonctionnement du système socio-sanitaire.*

No 19 Barbara Heppner, Linda Davies - *Analysis of the Division of Labour and the Labour Force in Social Service Structures in Québec: Towards a New Definition of Professionalism.*

No 20[1] Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *L'organisation interne des établissements de santé et de services sociaux: modifications et mutations de 1981 à 1987.*
Jacques David, Andrée Lajoie - *L'évolution législative du régime de négociations collectives dans le secteur public québécois.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Aspects juridiques de la structuration des établissements du réseau des affaires sociales.*
Louise Hélène Richard, Patrick-A. Molinari - *Les statuts des professionnels de la santé et le contrôle de leurs activités.*
Andrée Lajoie, Anik Trudel - *Le droit aux services, évolution 1981-1987.*

No 21 Deena White, Marc Renaud - *The Involvement of the Public Health Network in Occupational Health and Safety: a Strategic Analysis.*

[1]Ce document comprend 5 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le droit des services de santé et des services sociaux: évolution 1981-1987."

5. La place du secteur communautaire et du secteur privé et leurs rapports avec le réseau public

No 22 Jacques T. Godbout, Murielle Leduc, Jean-Pierre Collin - *La face cachée du système.*

No 23 Nancy Guberman, Henri Dorvil, Pierre Maheu - *Amour,bain, comprimé ou l'ABC de la désinstitutionnalisation.*

No 24 Jocelyne Lamoureux, Frédéric Lesemann - *Les filières d'action sociale.*

No 25[1] Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation, orientation générale des politiques et organisation des services sociaux.*
Céline Mercier - *Désinstitutionnalisation et distribution des services sociaux selon les types de clientèles, d'établissements, de régions.*

6. Les systèmes d'information

No 26 Daniel Pascot et al. - *Bilan critique et cadre conceptuel des systèmes d'information dans le domaine de la santé et des services sociaux.*

No 27 Martin Poulin, Georgette Béliveau - *L'utilisation et le développement de l'informatique dans les services sociaux.*

7. Les coûts et le financement du système des services de santé et des services sociaux

No 28 Clermont Bégin, Bernard Labelle, Françoise Bouchard - *Le budget: le jeu derrière la structure.*

No 29 André-Pierre Contandriopoulos, Anne Lemay, Geneviève Tessier - *Les coûts et le financement du système socio-sanitaire.*

No 30 Gilles DesRochers - *Financement et budgétisation des hôpitaux.*

No 31 Hélène Desrosiers - *Impact du vieillissement sur les coûts du système de santé et des services sociaux: les véritables enjeux.*

No 32 Thomas Duperré - *La perspective fédérale-provinciale.*

No 33 Pran Manga - *The Allocation of Health Care Resources: Ethical and Economic Choices, Conflicts and Compromise.*

No 34 Yvon Poirier - *Evolution et impact des structures de financement fédérales et provinciales sur la recherche en santé au Québec.*

No 35 Claude Quiviger - *Centres communautaires locaux de services sociaux et de santé: étude comparative Québec - Ontario.*

No 36 Lee Soderstrom - *Privatization: Adopt or Adapt?*

No 37 Yves Vaillancourt et al. - *La privatisation des services sociaux.*

---

[1] Ce document comprend 2 rapports publiés en un seul volume sous le titre "La désinstitutionnalisation: orientation des politiques et distribution des services".

8. Les services sociaux: évolution, comparaison, clientèles, évaluation

No 38 André Beaudoin - *Le champ des services sociaux dans la politique sociale au Québec.*

No 39 Elaine Carey-Bélanger - *Une étude comparative des systèmes de bien-être social avec référence particulière à l'organisation des services sociaux: Finlande, Suède, Québec.*

No 40 Marc Leblanc, Hélène Beaumont - *La réadaptation dans la communauté au Québec: inventaire des programmes.*

No 41 Jocelyn Lindsay, Chantal Perrault - *Les services sociaux en milieu hospitalier.*

No 42 Robert Mayer, Lionel Groulx - *Synthèse critique de la littérature sur l'évolution des services sociaux au Québec depuis 1960.*

No 43 Francine Ouellet, Christiane Lampron - *Bilan des évaluations portant sur les services sociaux.*

No 44 Marie Simard, Jacques Vachon - *La politique de placement d'enfants: étude d'implantation dans deux régions du Québec.*

9. Le développement de la technologie

No 45[1] Renaldo Battista - *La dynamique de l'innovation et de la diffusion des technologies dans le domaine de la santé.*
Gérard de Pouvourville - *Progrès technique et dépenses de santé: le rôle de l'intervention publique.*
Fernand Roberge - *La prospective technologique dans le domaine de la santé.*
David Roy - *Limitless Innovation and Limited Resources.*

Tous ces documents sont en vente dans les librairies de *Les Publications du Québec* ou par son comptoir postal.
(418)643-5150 ou 1-800-463-2100

[1]Ce document comprend 4 rapports publiés en un seul volume sous le titre "Le développement de la technologie"

Le programme de recherche a constitué, avec la consultation générale et la consultation d'experts, l'une des trois sources d'information et l'un des principaux programmes d'activités de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux.

Ce programme avait notamment pour objectifs de contribuer à la compréhension des problèmes actuels du système des services de santé et des services sociaux, de vérifier l'impact de diverses hypothèses de solutions et, à plus long terme, de stimuler la recherche dans ce domaine.

Afin de rendre compte de ce programme de recherche, la Commission a décidé, sur recommandation du comité scientifique, de publier une collection des synthèses critiques et des recherches. Le présent document s'inscrit dans le cadre de cette collection.